



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

12-07-2018

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

SIBUENZA PARDO JUAN JOSÉ

SERVIDOR PÚBLICO 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

HACHA/D - EL ORO

MUSEOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

JUAN JOSÉ SIBUENZA PARDO

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

- COORDINACIÓN CON AUTORIDADES Y RESPONSABLES DE LA CREACIÓN DE LOS MUSEOS Y CENTROS DE INTERPRETACIÓN
- MONTAJE DE MUESTRA FOTOGRÁFICA Y MATERIAL ETNOGRÁFICO
- ELABORACIÓN DE BORRADOR DE PROYECTO

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	05-07-18	08-07-18	Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habituales o del cumplimiento del servicio institucional según sea del caso, hasta su llegada a estos sitios.
HORA hh:mm	9H00	23H00	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
EREO	TAME	QUITO-SANTA ROSA	05-07-18	9H00	05-07-18	13H10
AREO	TAME	SANTA ROSA-QUITO	08-07-18	20H40	08-07-18	23H00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O DEL SERVIDOR COMISIONADO	NOTA
 NOMBRE: JUAN JOSÉ SIBUENZA PARDO	El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días del cumplimiento de servicios institucionales, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendrá que restituir los valores percibidos. Cuando el cumplimiento de servicios institucionales sea superior al número de días autorizados, se deberá adjuntar la autorización por escrito de la máxima autoridad o su delegado.

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
 NOMBRE: Patricia Corcega	 NOMBRE: Patricia Corcega